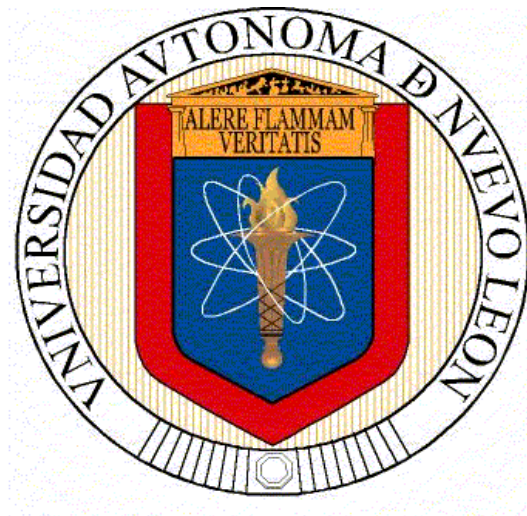


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



TESIS

**HIPNOTERAPIA Y TERAPIA BREVE CENTRADA EN
SOLUCIONES APLICADA A SÍNTOMAS POR ABUSO SEXUAL
INFANTIL: UN ESTUDIO DE CASO.**

**PRESENTA:
TERESA DE JESÚS SÁNCHEZ JÁUREGUI**

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN
EN TERAPIA BREVE**

MONTERREY, N.L.

DICIEMBRE DE 2014



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON



FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CON ORIENTACION EN TERAPIA BREVE

HIPNOTERAPIA Y TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES APLICADA A
SÍNTOMAS POR ABUSO SEXUAL INFANTIL: UN ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA

PRESENTA:

TERESA DE JESÚS SÁNCHEZ JÁUREGUI

DIRECTOR:

MTRO. ARNOLDO TÉLLEZ LÓPEZ

REVISORES:

DRA. MÓNICA TERESA GONZÁLEZ RAMÍREZ

DRA. ALMA ISABEL NAVA RODRÍGUEZ

MONTERREY, N.L.

DICIEMBRE DE 2014

Agradecimientos

A Dios:

“Porque al que es de su agrado, él le da sabiduría, ciencia y alegría” Eclesiastés 2:26

**Porque en tiempos difíciles tomé sus sonrisas para dibujar la mía
y en tiempos de alegría junté nuestros sueños para disfrutar la vida....
Gracias a mis hijos Gabriel y Guillermo, por su amor y apoyo incondicional.**

**Un agradecimiento especial al Mtro. Arnoldo Téllez López, por compartir el
conocimiento sin reserva y el consejo oportuno.**

**A mi hermana Alma Edith Arriaga, quien me motivó a crecer profesionalmente y en
quien he encontrado siempre una mano extendida.**

**A mis directivos, maestros y compañeros por apoyarme y acompañarme en este
camino, compartiendo conocimientos y experiencias.**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FaPsi



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Subdirección de Posgrado

**COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRIAS DE POSGRADO DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGÍA DE U.A.N.L.
P R E S E N T E.-**

Por la presente nos dirigimos a ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas al PRODUCTO INTEGRADOR titulado "

Hipnoterapia y terapia breve centrada en
soluciones aplicada a síntomas por abuso
sexual infantil: Un Estudio de Caso",
presentado por Teresa de Jesús Sánchez Jauregui
egresado en el período escolar: Agosto-Diciembre 2014 de la Maestría en
Psicología con Orientación en Terapia Breve.

lo consideramos **ACEPTADO** para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes,

Mtro. Arnoldo Téllez López
NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS

FIRMA

9/Dic/2014
FECHA

Dra. Mónica Teresa González Ramírez
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS

FIRMA

FECHA

Dra. Alma Tsabel Nava Rodríguez
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS

FIRMA

9/Dic/14
FECHA

NOTA: EN CASO DE SER ACEPTADO EL PRODUCTO INTEGRADOR EN EL SIGUIENTE PERIODO ESCOLAR, SE HACE ACREEDOR AL 100% DE BECA DEL COSTO DE EXAMEN DE GRADO DE MAESTRIA (\$6,850.00) E IMPRESIÓN DE 6 JUEGOS DE TESIS.

USTED ANEXARA A ESTE FORMATO, UN CD. EN PDF, CON SUS DATOS EN LA PORTADA Y \$1,050.00, PARA INICIAR TRAMITES PARA SU EXAMEN DE MAESTRIA, LO ANTERIOR LO ENTREGARA EN EL DEPTO. ESCOLAR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA EN HORARIO DE 15:30 a 19:30.

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Objetivo	11
Método.....	11
Paciente.....	11
Instrumentos de evaluación	13
Aspectos éticos	14
Procedimiento.....	15
Sesión 1	15
Sesión 2	16
Sesión 3	17
Sesión 4	18
Sesión 5	20
Sesión 6	21
Sesión 7	22
Sesión 8	23
Sesión 9	24
Sesión 10	25
Sesión 11	26
Sesión 12 (seguimiento a un mes)	27
Sesión 13 (seguimiento a seis meses).....	28
Análisis estadístico	29
Resultados.....	30
Discusión	35
Conclusión.....	36
Referencias	38
Apéndice 1	43

Resumen

La hipnoterapia es una técnica que ha demostrado ser útil en el tratamiento de alteraciones psicológicas de diversa índole. El presente trabajo es un estudio de caso en el cual se aplicaron estrategias de hipnosis clínica dentro de un contexto de intervención de terapia breve centrada en soluciones. El paciente es un hombre de 40 años de edad, víctima de abuso sexual infantil, quien refería presentar cambios en su estado de ánimo, períodos de depresión, ansiedad, apatía, dependencia emocional con su madre, alteraciones en las relaciones con su padre e indefinición en su orientación sexual. La evaluación demostró altos niveles de depresión, ansiedad y estrés. Se utilizaron técnicas hipnoterapéuticas para solucionar conflictos, disminuir la ansiedad y la depresión, aumentar la autoestima y el optimismo así como técnicas de progresión en edad. Los resultados mostraron un incremento importante en la autoestima y el optimismo, así como la eliminación de la depresión y reducción de la ansiedad y del estrés. Los resultados se mantuvieron a los seis meses de seguimiento. Se recomienda ampliamente el uso de la hipnoterapia dentro del marco de enfoque de soluciones en pacientes con secuelas emocionales por abuso sexual infantil, por su alta efectividad en pocas sesiones.

Palabras clave: hipnosis, terapia breve, ansiedad, depresión, autoestima, optimismo, abuso sexual infantil.

Abstract

Hypnotherapy is a technique that has proven useful in the treatment of psychological disorders of various kinds. This paper is a case study in which clinical hypnosis strategies were applied in the context of intervention solution-focused brief therapy. The patient was a 40 year old who was victim of child sexual abuse, who referred have changes in his mood, periods of depression, anxiety, apathy, emotional dependence on his mother, alterations in relationships with his father and uncertainty in sexual orientation. The evaluation showed high levels of depression, anxiety and stress. Hypnotherapeutic techniques were used to resolve conflicts, reduce anxiety and depression, increase self-esteem and optimism; age progression techniques were further used. The results showed a significant increase in self-esteem and optimism, as well as elimination of depression and anxiety and stress reduction. The results were maintained at 6 months follow up. The use of hypnotherapy in the framework of solutions approach is highly recommended in patients with emotional sequelae of child sexual abuse by its high effectiveness in a few sessions.

Keywords: hypnosis, brief therapy, anxiety, depression, self-esteem, optimism, child sexual abuse.

Hipnoterapia y Terapia Breve Centrada en Soluciones Aplicada a Síntomas por

Abuso Sexual infantil: Un Estudio de Caso

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define el maltrato infantil como los abusos y la desatención en los menores de 18 años e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo, dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia. La OMS también señala que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y Van Der Kolk (2012), utilizan el término de victimización o trauma interpersonal para referirse a todas a aquellas formas de maltrato, experiencias de abuso y abandono que sufren los niños y adolescentes, incluyendo maltrato físico, familiar, sexual, emocional, el incesto, abusos en la escuela, la intimidación severa, negligencia y exposición a la violencia doméstica.

Los estresores importantes tales como la victimización, dañan los procesos psicosociales responsables del desarrollo de un autoconcepto positivo. Todas las experiencias del entorno social que tiene el niño, tanto éxitos como fracasos y su percepción de cómo son vistos por los demás, forman su seguridad y su autoestima, por lo que es común que la exposición a eventos traumáticos dañe ambos aspectos del concepto que tiene de sí mismo (Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010).

En una revisión de estudios en víctimas de abuso sexual, Pereda (2012) confirma la relación entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de diversos problemas

psicológicos, principalmente depresión, trastornos por estrés postraumático y conducta suicida, además de los problemas en el área de la sexualidad, especialmente la revictimización y la transmisión intergeneracional del abuso sexual.

Los niños abusados sexualmente pueden desarrollar una conducta sexual inapropiada. La sexualización traumática puede manifestarse en forma de evitación, inhibición y dificultades de identidad sexual o por el contrario, con hipersexualidad, reflejada como masturbación, sexualidad precoz o abuso a otros menores (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; Sarasua, Zubizarreta, Corral & Echeburúa, 2013).

Entre los principales problemas desarrollados después del abuso sexual, está la depresión, que es uno de los trastornos mentales que conforme avanza la vida se presenta cada vez más en todo el mundo, su prevalencia en el 2004 fue de 8-12% (López, López, Vargas & Villamil, 2004).

Actualmente, en el mundo, la depresión representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Algunos de los criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2002) son estado de ánimo depresivo y marcada disminución del interés o del placer en las actividades durante la mayor parte del día, alteración de los hábitos alimenticios, insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva y falta de concentración entre otros.

De acuerdo a Yapko (2003), los objetivos de intervención que se deben incluir en la terapia de personas con depresión son la desesperanza y la impotencia, las distorsiones cognitivas, las atribuciones erróneas, la falta de habilidades sociales, la baja tolerancia a la

frustración y los patrones de pensamiento que puedan exacerbar la depresión. El empoderamiento es un tema básico en el tratamiento de la depresión, y la hipnosis puede ser una parte muy valiosa del proceso de tratamiento (Yapko, 2003).

El mismo Yapko (2010) menciona varias formas en que la hipnosis puede ayudar a las personas con depresión, algunas de ellas son la adquisición de nuevas habilidades, mejora el concepto de autoeficacia, fomenta la auto-regulación emocional, ayuda a enfrentar y resolver situaciones emocionales conflictivas, alienta a las personas para ensayar nuevas respuestas, ayuda a las personas a identificar y desarrollar recursos subutilizados y a dejar el sentimiento de victimización.

Por otra parte, se ha observado que ante circunstancias desafiantes de la vida, las personas que enfrentan situaciones muy difíciles y tiene baja autoestima utilizan menos recursos de afrontamiento y por lo tanto son más propensos a la depresión, refiriéndose a la autoestima como la evaluación subjetiva que el paciente hace acerca de su valor como persona. (Orth, Robins & Meier, 2009; Orth & Robins, 2013).

La autoeficacia percibida fue descrita por Bandura como la confianza de la persona en sus capacidades para realizar acciones que le permitan lograr un resultado deseado, esta percepción afecta su motivación y su comportamiento. La autoeficacia percibida puede ser modificada por la persuasión verbal que generalmente proviene del medio social y que se usa para que la gente crea que posee capacidades que les permitan lograr lo que buscan, cuanto mayor sea el nivel de auto eficacia percibida, mayor será el desempeño logrado (Bandura, 1982).

Durante el estado hipnótico, se utiliza el grado incrementado de sugestionabilidad para reforzar las creencias del paciente acerca de su capacidad para lograr resultados específicos, mejorando la autoeficacia y la autoestima. Lo anterior puede lograrse mediante

metáforas, sugerencias para el fortalecimiento del ego, autohipnosis y procedimientos de reafirmar al paciente sus potenciales internos (Torem, 1990; Stafrace, 2004).

Existe una gran variedad de estrategias hipnóticas y reestructuración de esquemas negativos, por ejemplo, Alladin (2010) sugiere tres estrategias principales para descubrir y reestructurar cogniciones mal adaptativas, estas son: regresiones a eventos recientes, regresiones al trauma original y modificación de “archivos inconscientes”.

La terapia cognitivo conductual, ha sido una de las más usadas en el tratamiento de la ansiedad y depresión en sobrevivientes de abuso sexual infantil, donde se trabaja con la reestructuración de los sentimientos de culpa e indefensión, técnicas de relajación progresiva, recuperación de actividades reforzantes y normalización de la conducta sexual, (Sarasua, Zubizarreta, Corral, & Echeburúa, 2013). Sin embargo, las intervenciones para las variables anteriormente mencionadas, pueden ser realizadas desde un abordaje hipnoterapéutico (Torem, 1990), donde además, se puede guiar el recuerdo y la expresión de las memorias dolorosas y de los sentimientos asociados con ella de forma controlada, con la intención de evitar re-traumatizar al paciente (Cardaña, Maldonado, Galdón & Spiegel, 1999).

La Terapia Breve Centrada en Soluciones, fue desarrollada en los años ochenta del siglo pasado en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee principalmente por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, sus premisas teóricas están influidas por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, quien también influyó en el desarrollo de la Terapia Estratégica de Haley y la Terapia Breve de la escuela de Palo Alto de Watzlawick, Weakland, Don Jackson y otros (O’Hanlon, 1989; Beyebach, 1999; Cade & O’Hanlon, 1995). Erickson utilizaba las creencias, conductas, exigencias y características rígidas del paciente de modo tal que facilitaran la terapia, que es la técnica de “utilización” empleada en terapia breve

centrada en soluciones, fue el primero en introducir en la psicoterapia una orientación de futuro, en un sentido, podría decirse que Erickson no se orientaba hacia el problema, sino hacia la solución. Utilizaba cambios ligeros en las palabras, la conducta y las comunicaciones del terapeuta, para producir alteraciones en la experiencia del paciente (Téllez, 2007).

Tomando como base los beneficios antes mencionados del uso de la hipnoterapia para el fortalecimiento de la autoestima, tratamiento de la depresión y ansiedad, expresión de emociones contenidas, reestructuración de pensamientos de autculpa, y considerando que la terapia breve centrada en soluciones ofrece un marco favorable para realizar dichas intervenciones y poder observar las mejorías mediante el uso de escalas de avance, se decidió utilizar esta estrategia hipnoterapéutica en un paciente con depresión y ansiedad como secuela de un abuso sexual infantil, dentro de un contexto de terapia breve centrada en soluciones.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es demostrar cómo el uso de técnicas hipnoterapéuticas y de terapia breve centrada en soluciones, tiene un efecto positivo en el tratamiento de un paciente adulto que presenta ansiedad, depresión e indefinición en sus preferencias sexuales, como secuelas de abuso sexual durante la infancia.

Método

Paciente

Paciente masculino de 40 años de edad, a quien llamaremos con el nombre ficticio de “Pedro”, quien refirió presentar ansiedad, depresión, apatía laboral y dificultades en sus

relaciones familiares, sociales y sexuales. El paciente tiene una historia de desintegración familiar desde los 10 años de edad, los padres están divorciados, por lo que presenta conflicto en la relación con su padre, refirió que la comunicación que tenía con él era poca y de mala calidad, ya que cuando era niño, su padre menospreciaba sus habilidades y capacidades. Presenta un apego importante hacia su madre, con quien vivía en el momento de iniciar la intervención. Pedro fue víctima de abuso sexual a la edad de 5 años, refiere que el abuso fue perpetrado por un vecino de 18 años, se repitió en varias ocasiones, sin especificar el número. El paciente nunca denunció los hechos, por lo que en el transcurso de los años desarrolló un sentimiento de culpa por lo sucedido, refiere que a partir de esos eventos, él fue un niño aislado y con pocas amistades. Durante su infancia tuvo algunos juegos sexuales con niños de su mismo sexo, después de eso, no tuvo algún tipo de relación sexual, ni con hombres ni con mujeres, por lo que tiene duda de sus preferencias sexuales. En los últimos meses ha presentado un estado de ánimo depresivo, apatía en el aspecto laboral y social. Recibió terapia psicológica por depresión, en dos ocasiones, pero las abandonó antes de concluir el tratamiento. Su padre se casó por segunda ocasión y tuvo dos hijos de su segundo matrimonio, la madre formó nuevamente una familia con una hija de su nuevo matrimonio. En el momento de la entrevista, el paciente vivía solamente con su madre y su padrastro. Tenía un empleo como agente de ventas de una compañía telefónica, sin embargo, este empleo no le satisfacía completamente. El paciente acudió a la Unidad de Servicios Psicológicos, de la Facultad de Psicología, como candidato para recibir terapia por estudiantes de maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve.

Instrumentos de evaluación

Se aplicaron escalas con adecuadas propiedades psicométricas al inicio del tratamiento, en la última sesión y en un seguimiento a seis meses.

Para medir la ansiedad y la depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, (HADS por sus siglas en inglés) desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983, la cual consta de 14 reactivos en total, siete para medir la ansiedad y siete para medir la depresión. Se utilizó la versión española de Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986) la cual tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .80. Esta escala fue diseñada con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes no hospitalizados de servicios hospitalarios no psiquiátricos. El contenido de la HADS está dirigido a evaluar a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión y excluye síntomas físicos como insomnio, fatiga y pérdida de apetito (Tejero, Guimerá, Farré & Peri, 1986).

Para evaluar el estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) en la versión de González y Landero (2007). La Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS), cuenta con 14 reactivos que evalúan el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por la persona. González y Landero (2007), realizaron una adaptación de PSS a la cultura mexicana, obteniendo un alfa de Cronbach de .83.

El optimismo fue evaluado utilizando la Escala LOT-R (Life Orientation Test revisada) de Scheier, Carver y Bridges (1994), la cual consta diez reactivos en escala Likert de cinco puntos, 6 reactivos evalúan el optimismo disposicional, tres están redactados en sentido positivo para medir optimismo y tres en sentido negativo para evaluar el

pesimismo, los otros cuatro reactivos son de contenido neutro para hacer menos evidente el contenido de la prueba. Se aplicó la versión en español de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1988). Esta escala cuenta con una fiabilidad ($\alpha = .79$).

Además se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1989) que evalúa el nivel de satisfacción con uno mismo. Se usó la traducción validada al español de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007). Este instrumento está conformado por 10 reactivos generales, en una escala tipo Likert de 4 puntos donde 1 es totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo. Cinco de los reactivos están formulados en forma positiva y cinco en forma negativa, esta versión tiene un alfa de Cronbach de .84 (Martín-Albo, Núñez, Navarro & Grijalvo, 2007; Vázquez, Jiménez & Vázquez, 2004).

También se utilizó la escala de avance utilizada en terapia breve, la cual es una evaluación subjetiva del propio paciente, en lo referente a su estado desde que inició la terapia hasta que se dio de alta. “En una escala de 1 a 10, donde 1 sería el momento en que los problemas que te han traído aquí han estado peor y 10 sería el momento en el que están del todo solucionados, ¿en qué punto de la escala dirías que estás ahora?” (De Shazer, 1995; Beyebach, 1999).

Aspectos éticos

Para la protección de los derechos del paciente, se le informó desde un inicio el contexto de trabajo en cámara Gesell, donde el paciente es video grabado, y puede haber un equipo terapéutico observando la sesión, se garantizó la confidencialidad de los datos proporcionados. Se le explicó que se mantendría anónima la identidad como paciente y se le explicó que los vídeos son estrictamente confidenciales y de uso único del personal de la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve.

Procedimiento

Las sesiones se realizaron, con una frecuencia semanal con duración de una hora, se realizaron trece sesiones en total, la primera fue la sesión de entrevista, posteriormente se realizaron diez sesiones de intervención y dos sesiones de seguimiento, una después de un mes y otra a los seis meses.

Sesión 1

La primera sesión, se realizó siguiendo el esquema de primera entrevista en Terapia Breve (Beyebach, 2006), se explicó la dinámica del tratamiento, se recopilaban datos de su vida social, laboral, sus relaciones familiares y también se obtuvo información de la situación del paciente en relación con el motivo de consulta, se propuso al paciente el uso de sesiones de hipnoterapia y se le explicaron los beneficios que se han observado en pacientes con problemas similares, se realizó el análisis breve de los estados depresivos así como los intentos de solución.

Una parte importante de esta primera sesión fue la negociación de objetivos, que de acuerdo con Beyebach (2006), es aquello que el paciente quiere conseguir, los objetivos relevantes, concretos, alcanzables y resolubles. Cuando el paciente se plantea una meta y compara su estado actual con el especificado en ella, se inicia un proceso reactivo que facilita que la persona comience a actuar en la dirección al objetivo que ha elegido. Posiblemente una de las claves para poder hacer una psicoterapia breve y exitosa es partir de un buen contrato de trabajo ya que sin un acuerdo sobre lo que se quiere conseguir la terapia puede ser ineficaz y prolongada. (Beyebach, 1999; Rodríguez Morejón, & Beyebach, 1994).

Los objetivos terapéuticos del paciente fueron:

- 1) Solución de las secuelas psicológicas por el abuso sexual.

2) Resolver el conflicto en la relación con su padre

3) Definir su orientación sexual.

La escala de avance permite conocer la percepción del paciente acerca de la gravedad del problema y los progresos hacia la meta. Permite al paciente ser un observador de su propia situación y evaluar las cosas que son importantes para ellos y también lo que necesita para lograr dichos objetivos (De Shazer, 1995).

La escala de avance terapéutico en esta primera sesión fue de 7.5

Sesión 2

Todas las sesiones terapéuticas iniciaron investigando los cambios positivos percibidos por el paciente desde la sesión anterior. Según De Shazer (1995), cualquier cambio puede iniciar un efecto de irradiación hacia un futuro más satisfactorio, cualquier cambio, puede convertirse en parte de nuevas expectativas que serán parte de la creación de la solución.

En esta sesión, el paciente reportó que durante la semana anterior, pudo observar cambios en su estado de ánimo, se observó con más energía, con pensamientos positivos para emprender nuevos proyectos.

Posteriormente, se trabajó con una técnica de silla vacía hipnótica, que es una modificación a la silla vacía surgida de la Gestalt, en la que el terapeuta dirige las verbalizaciones de una emoción del paciente, enojo, miedo, rencor, a una persona imaginada en la silla, sugiriéndole pensamientos y sentimientos asociadas con la emoción expresada, haciendo que se experimente la situación con más intensidad (Conoley, Conoley, McConnell & Kimzey, 1983). Esta modificación consiste en que el paciente entre en trance hipnótico haciendo un foco concentrado, observando fijamente una silla colocada frente a él, posteriormente se le pide que imagine la silla en su mente, una vez que el

paciente entra en trance, se dice que afuera del consultorio , hay una persona importante para él, y que esa persona tiene algo que decirle, se le guía para que imagine a esa persona sentada frente a él y se inicia con el diálogo entre el paciente y la persona imaginaria. En este caso, el paciente se visualizó a el mismo en una edad más joven, de 25 años, optimista, jovial, progresista, y le manifestaba su tristeza por haberlo abandonado, sentía que ese Pedro progresista lo había abandonado y le había dejado a un Pedro inseguro, sin ambiciones, le pedía que regresara y que lo ayudara a conseguir sus metas, a ser emprendedor, a sentirse seguro. En una segunda parte de la técnica, visualizó a su padre y se trabajó en reestructurar la relación entre ambos y el autoconcepto del paciente, que estaba influido por las opiniones negativas que su padre le había manifestado durante la infancia, el paciente expresó los sentimientos de minusvalía y descalificación que su padre generaba al decirle repetidamente que no podía hacer las cosas bien, que no tenía capacidades y que era un inútil. En esta sesión Pedro informó que su padre estaba separado de la familia, que vivía en otra ciudad con otra familia y se dedicaba a ser pastor de una iglesia, por lo que la comunicación era poco frecuente.

También durante la sesión se realizó una inducción por levitación de manos sugiriéndole que cada vez que la mano se elevará, su autoestima también se elevaría.

Al final de la terapia se aplicó una escala subjetiva de relajación, en la que reportó estar en un 8.

En esta sesión, se aplicaron las escalas psicosociales descritas en el apartado de método.

Sesión 3

Los cambios positivos observados durante la semana anterior a la sesión, se reflejaron sobre todo en el aspecto laboral, y en el estado de ánimo del paciente. Se le

atribuyó control sobre esos avances. La atribución de control favorece que el paciente construya la mejoría como algo que depende de él mismo y no como algo que ocurre al azar, reforzando así la autoeficacia y el locus de control interno (Beyebach, 2006).

Además reportó que al salir de la sesión anterior, se sintió “más lleno de energía” y mantuvo esa sensación durante toda la semana, lo cual hizo que reafirmara consigo mismo su compromiso de seguir con la terapia hasta concluirla.

En esta sesión se le aplicó “la metáfora del árbol prominente” de Alcid Pelletier (citado por Hammond, 1990), donde se le pide al paciente que imagine un lugar donde hay muchos árboles y que observe un gran árbol a un lado del camino, que es muy alto y frondoso, el árbol ha soportado los embates de la naturaleza pero está firmemente sujeto al suelo por sus fuertes raíces, lo que lo hace fuerte y resistente. Este tipo de metáfora es útil en pacientes que han pasado por situaciones difíciles en la vida, y hace una analogía entre la persona que vive circunstancias difíciles y un árbol que crece de una semilla, que aprende a enfrentarse a las inclemencias del tiempo, a crecer rodeado de obstáculos y a desarrollar una corteza dura por fuera para proteger todo lo que tiene dentro, esto permite al paciente fortalecer su autoestima y su concepto de autovalía. Después de aplicar la técnica, Pedro reporta sentirse muy relajado, con más energía, expresando “siento muchas ganas de ser yo”.

Sesión 4

En esta sesión el paciente reporta que su madre se fue de viaje, y observó que a diferencia de otras ocasiones en que su madre había viajado, y él se había sentido muy solo y había sentido un vacío muy grande, en esta ocasión pudo separarse de su madre sin sentir angustia, al observar esto, el descubrió que había tenido una dependencia emocional muy

fuerte con su madre. Y reportó que se dio cuenta de que si él trabajara sobre esa dependencia, podría avanzar en otros aspectos de su vida.

Pedro ha vivido solo por períodos de tiempo, pero se sentía triste, solo y regresaba a vivir a la casa de su madre. Sin embargo, consideró que él debía de hacer su vida aparte, independizarse y formar su propia familia. Anteriormente, aproximadamente 4 años atrás, el paciente tenía una vida laboral de éxito, tanto que llegó a independizarse y tener su propio negocio, sin embargo, fue víctima de la delincuencia organizada y tuvo que volver a su trabajo anterior pero en un puesto inferior al que tenía antes.

Se trabajó con una técnica hipnótica denominada “set de aprendizaje temprano” en la cual se narra en forma detallada la evolución ontogenética, desde que se está en el vientre de la madre y ella provee todo lo que necesitamos, después el parto y el desarrollo infantil y todo el aprendizaje que realizamos en la casa y la escuela, hasta que salimos de nuestra casa en la edad adulta y formamos su propia familia. Esto es una forma de reestructuración para que el paciente interiorizara la evolución de la estructura familiar, desde las etapas de relación de dependencia con madre cuando se es niño, hasta la independencia en la edad adulta (Minuchin & Fishman, 2004).

Se realizó una técnica para el fortalecimiento del ego (Torem, citado por Hammond, 1990) en la cual se alienta al paciente a tener confianza de visualizarse a sí mismo en el futuro logrando sus metas, así como disminuyendo o eliminando la percepción de experiencias y sugerencias negativas del pasado. Después de aplicar la técnica, el paciente reporta que durante el trance, visualizó metas que tenía hace algunos años y que hasta ese momento no había podido conseguir pero en ese momento sentía mucho optimismo y motivación para retomar sus objetivos.

Se asignó una tarea que consistió en que el paciente en su casa, durante la semana, escribiera los objetivos que se había trazado anteriormente y que señalara en una escala de 0 a 10 el avance que el observaba hacia el logro de esas metas. La pregunta escala puede ser usada para diferentes propósitos, incluyendo la evaluación de la motivación y la voluntad de actuar (Burwell & Chen, 2006).

Sesión 5

Pedro llegó a la sesión con un cuadro donde había plasmado sus objetivos varios años atrás, en forma de collage, dividiéndolos en tres secciones, uno era el plano espiritual, donde llevaba el 10 de avance, otro el aspecto profesional, donde todavía le falta avanzar, aproximadamente en un 7 de avance y otro la realización personal, la formación de su propia familia, que es donde todavía no ha iniciado, es decir 0 de avance.

Se usó la técnica hipnoterapéutica “La Alfombra Mágica”, en la que el paciente en estado de trance hipnótico visualiza una alfombra mágica, que puede volar, esta alfombra lo lleva a dar un paseo, y desde arriba ve a un niño pequeño, se acerca y ve que es él mismo cuando era pequeño, se le pide al paciente que platique con ese niño y que observe ¿qué emociones reflejan su cara y su actitud? ¿cómo está ese niño? ¿qué necesita? También se le pide al paciente que fortalezca la autoestima a ese niño diciéndole lo importante que es, que lo quiere, que vale mucho, entre otras cosas. Se le pidió que invitara al niño a dar un paseo en la alfombra y que hiciera que ese niño se sintiera seguro, protegido y amado.

Esta técnica está diseñada para trabajar con un estado de ego o niño interior, que es un concepto que proviene originalmente de la terapia Gestalt donde el niño interior es una estructura imaginaria que se conserva aún en la vida adulta, que guarda las experiencias de los primeros años de vida, el niño interior herido emocionalmente, está formado a partir de

experiencias dolorosas tales como el abuso sexual, la violencia física y emocional o situaciones de abandono (Bradshaw, 1993).

Después de la aplicación de la técnica, Pedro reportó sentirse lleno de energía, más fortalecido para lograr las metas que tenía en su cuadro de objetivos.

Sesión 6

El paciente reportó mejoras en el aspecto laboral, que se había acoplado mejor al trabajo, aunque realmente no le gustaba lo que hacía en ese actual empleo, pero lo ha reestructurado en forma positiva viéndolo como un escalón para conseguir lo que realmente quiere. También logró controlar la ansiedad por la ausencia de la madre, llegó a la conclusión de que algún día se tenía que separar de ella y en esta ausencia, él se ha sentido muy bien.

Se utilizó la técnica hipnoterapéutica de regresión en edad para el fortalecimiento de la autoestima de Helen Watkins (citada por Hammond, 1990) donde el paciente hace un viaje imaginario en un tren desde el presente hasta el momento de su nacimiento pasando por varias etapas de su vida, en este viaje él puede observar escenarios, acontecimientos, personas, y al llegar al momento de su nacimiento puede llenarse de una energía protectora, que lo acompañará en el camino de regreso a su edad actual, él puede ver los mismos escenarios, acontecimientos y personas, y reestructurar esos acontecimientos, modificarlos, entenderlos desde otra perspectiva, en esta técnica en el viaje de regreso se le van diciendo al paciente una serie de elogios hacia su persona, que sirven para empoderarlo.

Después de aplicar la técnica, Pedro reportó que se sintió muy arropado, protegido, primero se vio como cuando tenía 5 años, pero sintió que necesitaba ir más atrás y se visualizó cuando era un bebé. El paciente reportó sentirse muy fortalecido en el viaje de regreso, y expresó: “me sentí más yo”.

Sesión 7

En esta sesión, se utilizó nuevamente la técnica de silla vacía hipnótica descrita anteriormente, en esta sesión Pedro trabajó el abuso sexual infantil y reportó que esta sesión había sido muy importante para él, ya que recordó el trauma original. Al inicio de la sesión visualizó a su agresor en la silla, y le expresó el daño que había causado en su vida, pero ahora ya no podría hacerle más daño, porque ahora era una persona fuerte. Después se visualizó a sí mismo como un niño de 6 años y trató de expresar a su agresor el coraje que tenía guardado, pero no pudo hablar, solo le arrojó algunos objetos (proporcionados por el terapeuta) y le gritó “¡vete, vete de aquí!”. Posteriormente durante el trance, visualizó a su madre, a quien contó su experiencia traumática, y le dijo que nunca se lo había comentado, porque pensaba que él era el culpable de lo que había ocurrido.

Cuando salió del trance el paciente declaró: "tuve una sensación muy extraña, sentía que algo me apretaba la boca y no me dejaba hablar, quería decirle muchas cosas más a mi agresor, pero sentía como si estuviera amordazado y no podía hablar", esa sensación la relacionó con estados de ansiedad que había experimentado en algunas ocasiones en el transcurso de su vida. También dijo sentirse desahogado, protegido y sin culpa.

Para finalizar la sesión se utilizó la técnica hipnoterapéutica “Imaginación Religiosa de Sanación Universal para el Dolor y el Fortalecimiento del Ego” (Wright, 1987), esta técnica está diseñada para promover el amor, el perdón y el fortalecimiento espiritual.

Sesión 8

En esta sesión Pedro reportó cambios positivos que observó en el ámbito laboral y social, declaró que se ha sentido más asertivo, más seguro, con más capacidad de enfrentar situaciones conflictivas. El atribuye estos cambios a una nueva la forma de ver las cosas desde que asiste a la terapia.

Se realizó la técnica de “Abreacción Silenciosa”, desarrollada por Helen Watkins (citado por Hammond, 1990), que consiste en que en la que el paciente bajo un estado de trance, imagina que viaja por un camino, pero en ese camino hay una roca que no lo deja avanzar, esa roca representaba los obstáculos y autolimitaciones, tales como los temores, rencores, la baja autoestima, emociones negativas que podrían impedir conseguir sus metas. Se le pidió que imaginara que golpeaba la roca con un mazo, martillo o cualquier otra herramienta que él quisiera utilizar, y que en cada golpe iba a poder visualizar rostros, personas, situaciones o cosas que le habían impedido conseguir sus metas. Una vez que el paciente destruyó la roca, se incorporó una estrategia terapéutica sugerida por Krakauer (2009), que ha resultado ser efectiva en el tratamiento de sobrevivientes de abuso sexual, pidiéndole que visualizara una cascada con agua limpia, pura y cristalina, que limpia por dentro y por fuera, y que se bañara en ella. Después el paciente continuó avanzando por el camino y se le pidió que eligiera una de sus cualidades para que lo acompañara en el resto del camino, el paciente eligió la “perseverancia”. En la parte final de la técnica, se le sugirió que su mente inconsciente tendría un regalo para él. El objetivo de esta técnica es que el paciente libere miedos, rencores y otras emociones negativas en forma silenciosa, reasociar recursos positivos lo que le permite elaborar más fácilmente proyectos a futuro y el logro de metas.

El paciente reportó que esta sesión le sirvió para darse cuenta de las mejorías que había tenido con la terapia, se sentía muy tranquilo y declaró que siente que está muy cerca de conseguir sus metas terapéuticas planteadas al inicio de la terapia.

La escala de avance percibido se encuentra en 8.5.

Sesión 9

El paciente reportó que le gustó mucho el ejercicio de la sesión anterior “Abreacción Silenciosa”, ya que tuvo mucho impacto en él. Además dijo que algunas personas como su madre, sus compañeros de trabajo y otros familiares notaron cambios positivos en él, lo observan más sonriente, con un incremento en sus interacciones sociales con amigos y con sus compañeros de trabajo. En el aspecto laboral, pudo ser más asertivo y hacer respetar sus derechos de forma adecuada.

Pedro observó mejoría en sus relaciones sociales, conoció personalmente a una amiga de facebook, con quien tenía dos semanas platicando, se sentía muy optimista acerca de ese encuentro.

En esta sesión se trabajó con una técnica de externalización de miedos “ELR” (escribir, leer y romper). En la primera parte, se le pidió al paciente identificar miedos que tuviera hasta ese momento, y que los escribiera en una hoja de papel. Pedro reportó tener miedo a estar encerrado, a los accidentes, a la soledad, a la depresión y al fracaso, una vez escritos, el paciente los leyó en voz alta, hizo una reflexión acerca de la función que había tenido cada uno de ellos en su vida, y pudo darse cuenta de que los miedos, le habían impedido lograr algunos de sus objetivos, posteriormente se despidió de los miedos, les dijo que ya no los necesitaba, rompió la hoja y tiró los trozos de papel a un bote de basura.

En la segunda parte de la técnica, escribió pensamientos positivos acerca de sí mismo y los objetivos que quería conseguir a corto y largo plazo, se le pidió que describiera esos objetivos en forma detallada. Posteriormente se realizó una técnica de hipnosis activa, donde se le pidió al paciente que realizara movimientos de brazos como si levantara unas mancuernas con sus manos, como si estuviera haciendo ejercicio, y al mismo tiempo se le pidió que fijara su vista en un punto de la pared y que imaginara que iba avanzando hacia las metas que había escrito en la segunda parte del ejercicio. Al finalizar la sesión se le pidió que realizara el ejercicio completo una vez cuando llegara a su casa.

El paciente reportó la escala de avance terapéutico en 8.9

Sesión 10

El paciente se había enfocado en mejorar las relaciones interpersonales, especialmente con el sexo femenino, durante la semana, reanudó antiguas amistades y conoció nuevas amigas.

Esta sesión estuvo enfocada a trabajar el aspecto sexual, ya que el tercer objetivo terapéutico era definir su orientación sexual. Se utilizó la metáfora hipnótica denominada “La Cena” en la que se hace una analogía del disfrutar de los alimentos nuevos, probar sabores diferentes, comer despacio, sentir las sensaciones en la boca y labios, esto con la finalidad de motivarlo a que descubriera nuevas sensaciones en el aspecto sexual.

Según Milton H. Erickson, el inconsciente es la parte más importante para generar cambios en el paciente, y si se proporciona la información apropiada con una mínima interferencia de la mente consciente, el inconsciente podría efectuar un cambio rápido y duradero, por lo que desarrolló técnicas para facilitar la amnesia, con el fin de promover un cambio a nivel inconsciente (Yapko, 2003).

Cuando se utiliza una técnica de distracción inmediata para cambiar de atención, inmediatamente después de salir del trance, y la mente está ocupada en resolver la confusión, el inconsciente puede consolidar las sugerencias hechas durante el trance. Los cambios en la atención, tienen un impacto en cómo la información va y viene entre las mentes consciente e inconsciente. Cambiar deliberadamente la atención del paciente, es una forma de desarrollar amnesia de la hipnosis (Téllez, 2007). El terapeuta puede pedir que responda a algo no relacionado con el tema de la técnica utilizada en la sesión de hipnosis (Yapko, 2003).

Es por esa razón que justo al salir del trance, se evitó hablar de la experiencia que el paciente había tenido en relación a la técnica aplicada, preguntándole sobre la relación entre él y su padre, como técnica de distracción inmediata.

Sesión 11

En esta sesión se trabajó inicialmente con la reaplicación de escalas psicosociales descritas en el método.

Para continuar trabajando en el aspecto sexual, en esta sesión se utilizó una técnica para la estimulación de sueños eróticos. Los sueños inducidos con hipnoterapia, pueden manifestarse como ensoñaciones, como sueños durante el trance o como sueños en la noche, durante el período que el paciente está dormido. Los sueños hipnóticos son utilizados para involucrar al paciente en un proceso creativo, alimentar deseos y realizar una búsqueda inconsciente para resolver sus problemas (Hammond, 1990; Al Rubaie, 2004).

Al finalizar la técnica hipnoterapéutica se aplicó una técnica de distracción inmediata como la descrita en la sesión anterior, sólo que en esta sesión consistió en resolver una ecuación matemática.

Sesión 12 (seguimiento a un mes)

En esta sesión de seguimiento, el paciente reporta haber continuado la relación con la amiga que conoció a través de facebook, a quien fue a visitar a su lugar de residencia en Estados Unidos, y reportó estar considerando la posibilidad de cambiar su residencia a ese país. Pedro había renunciado a su trabajo un día antes de la consulta y dijo sentirse muy tranquilo, pues lo hizo en forma asertiva.

En esta sesión se trabajó con una técnica de progresión en edad, este tipo de técnica permite guiar al paciente bajo un estado de trance, hacia un futuro diferente, le permite verse y sentirse manejando situaciones de una nueva forma, además ayuda al paciente a descubrir y alcanzar metas. Generalmente, en los pacientes que presentan desesperanza e impotencia, la progresión en edad es una forma de construir un sentido de esperanza y una forma de empoderarlo para que se haga cargo de su vida (Hammond, 1990; Yapko, 2003).

En estado de trance hipnótico se le pidió a Pedro que se imaginara una pantalla de televisión frente a él, que se visualizara dentro de esa pantalla, y que fuera cambiando de canal, hasta llegara a un canal que correspondiera a una edad futura, por ejemplo, si el paciente tenía 40 años, se le pidió que pusiera la pantalla en el canal 45, y se viera a sí mismo como si ya hubiera alcanzado sus objetivos. Durante esta técnica se intercaló la metáfora en forma de un intermedio cultural, una modificación del un cuento breve “El águila y la gallina. Una metáfora de la condición humana” (Boff, 1998), que trata de un huevo de águila que se cae de su nido y va a dar a una granja, donde una gallina lo adopta, lo reúne con los demás huevos. Cuando nacen los pollitos, y nace ese aguilucho grande y torpe al caminar, lo empezaron a discriminar, y fue creciendo con sentimientos de inferioridad, hasta que un halcón lo confrontó y le dijo “tú no eres un pollo, tu eres una

hermosa águila”, pero el aguilucho no le creyó, hasta que con engaños lo llevo a lo alto de la montaña, y lo lanzó al vacío, fue cuando, para salvarse de morir extendió las alas y descubrió que era una hermosa águila. Las historias y metáforas, son una forma de ayudar al paciente a desarrollar una mayor sensación de autoestima y confianza, al comunicar la historia a su mente inconsciente (Howkins, 2006).

El paciente reporta la escala de avance en 9.5. Se dio de alta al paciente con una cita de seguimiento en seis meses.

Sesión 13 (seguimiento a seis meses)

Esta sesión fue después de seis meses de haber terminado el tratamiento, como un seguimiento a la terapia realizada. Esta sesión se realizó por medio de videoconferencia. Pedro reporta sentirse muy bien, hizo grandes cambios en su vida: después de que decidió dejar su empleo anterior en México, viajó al estado de Texas, Estados Unidos, donde reside actualmente y trabaja en una compañía de venta de libros por internet. Refiere sentirse muy tranquilo, en el trayecto hacia su trabajo, pasa por un camino de árboles y en ocasiones evoca algunos segmentos de las metáforas que se utilizaron en la terapia, lo que le produce mucha paz. Decidió continuar trabajando para conseguir las metas a futuro que se propuso durante la terapia, que incluían principalmente iniciar un negocio propio y formar una familia. Continúa con la relación sentimental que inició casi al final de la terapia, seis meses atrás, además ha ampliado su círculo de amistades. Se le enviaron las escalas de medición vía correo electrónico, para realizar el seguimiento. En esta videoconferencia Pedro expresó lo siguiente:

“Me siento muy diferente, hice un cierre y dije: voy a ser yo. Tomé la decisión de cambiarme de residencia, trabajo y familia, fue como tirarme de un bonggie. Estoy disfrutando lo que estoy haciendo, para mí es un gran avance, todos los días me levanto

con mucho ánimo para ir a trabajar, no importa que haga frío, paso por un camino y recuerdo un ejercicio que hice en terapia, en el que tenía que quitar obstáculos para avanzar (abreacción silenciosa), pero aquí veo un camino amplio y despejado y me siento muy tranquilo, estoy fortaleciendo mi proyecto económico, pero también mi proyecto personal de tener una pareja, me siento en un 9.5 en la realización de mis metas....”

Análisis estadístico

Además de los puntajes obtenidos en las escalas, se utilizó el método ERES (Empirical Rule of Effect Size) para calcular el tamaño del efecto (Sloan y Dueck 2004).

El tamaño del efecto (ES), es un método que define cambios significativos clínicamente, Cohen (1988) sugiere puntos de corte de 0.2, 0.5 y 0.8, para categorizar tamaño del efecto pequeño, mediano y grande respectivamente. Un efecto mediano, es decir de 0.5, es aceptado por algunos investigadores de la salud como clínicamente significativo.

El método ERES, es una modificación del ES, que proponemos que se puede utilizar como fórmula para medir la significancia clínica cuando $N=1$. Después de transformar el rango del instrumento a una escala de 0 a 100, la estimación inicial de la desviación estándar es de 16.7 puntos ($100/6$). El método ERES combina esta estimación de la desviación estándar con los puntos de corte de Cohen, esto da como resultado el 3% (0.2×16.7), 8% (0.5×16.7) y 13% (0.8×16.7) para un rango de tamaño del efecto pequeño, mediano y grande respectivamente (Sloan y Dueck 2004).

El método ERES se utilizó especialmente en aquellas escalas que no existen puntajes de corte clínicos, que nos puede indicar si el tratamiento está teniendo un impacto clínico importante.

Resultados

En la primera sesión el paciente reportó un 7.5 en la escala de avance, al término de la intervención terapéutica, él reportó un incremento a 9.5, esta mejoría se mantuvo hasta la sesión de seguimiento después de seis meses de haber terminado la terapia.

Como se puede observar en la tabla 1, todas las escalas muestran una mejoría clínicamente significativa, muy por encima del 0.5 que es el criterio que establece Cohen, por lo tanto, se considera como un tamaño del efecto grande.

Tabla 1. Muestra los puntajes obtenidos en las tres fases del tratamiento, los porcentajes de cambio entre el pretratamiento y el seguimiento, así como el tamaño del efecto de Cohen.

Variable	Pre tratamiento	Pos tratamiento	Seguimiento a 6 meses	Porcentaje de cambio Pretratamiento y seguimiento	Desviación estándar	Tamaño del efecto de Cohen
HADS-Ansiedad	16	2	1	71%	4.2	Grande
HADS-Depresión	17	0	0	80%	4.7	Grande
HADS Total	33	2	1	74%	4.4	Grande
Estrés	45	18	11	61%	3.6	Grande
Optimismo	13	26	25	30%	1.8	Grande
Autoestima	21	39	40	63%	3.7	Grande

Ansiedad, Depresión y Diestrés General:

Como se puede ver en la figura 1, el paciente presentó una notable mejoría, reduciendo los puntajes de depresión y ansiedad de la escala HADS. La depresión, que inicialmente estaba en un puntaje de 17 bajó a 0 al terminar el tratamiento y se mantuvo en esa puntuación a los seis meses de seguimiento. Por su parte la ansiedad disminuyó de 16 a

2 al finalizar la terapia y a 1 en el seguimiento a seis meses. El HADS total, que se usa como medida de diestrés general, (Singer et al., 2009), se redujo de 33 a 2 y en el seguimiento bajó a 1.

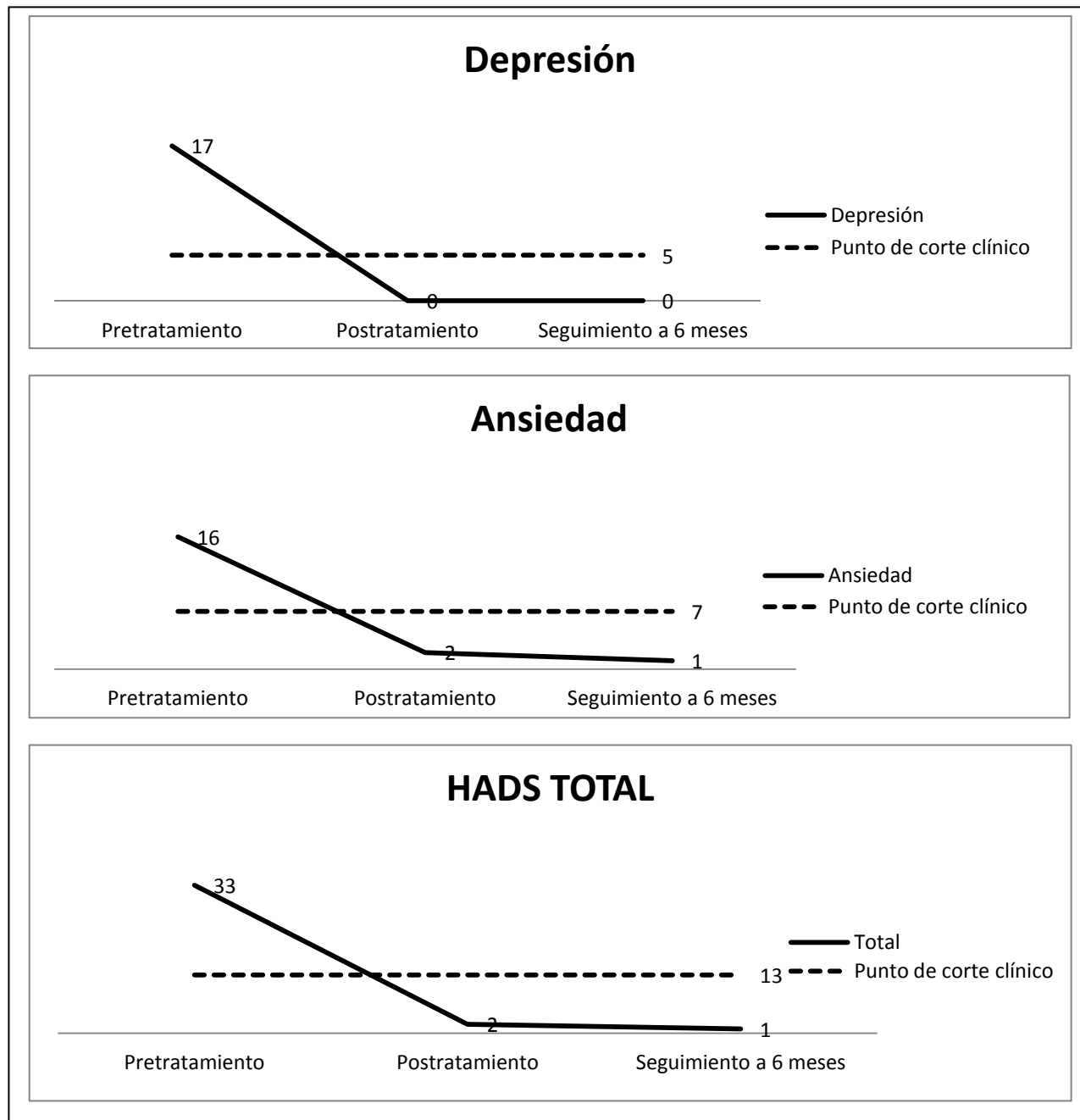


Fig. 1. Puntajes obtenidos en la escala hospitalaria para ansiedad, depresión y HADS total (diestrés general), en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento a seis meses.

También se observó un decremento importante en el nivel de estrés percibido, ya que en el pretratamiento el paciente obtuvo un puntaje de 45 de un máximo posible de 54, el cual se redujo a 18 en el postratamiento, y a 11 puntos (de un mínimo posible de cero) en el seguimiento a seis meses. Como no se encontró puntos de corte clínico para la PSS, se utilizó como referencia la media y la desviación estandar ($\bar{X}=23.3$, $DE= 8.13$) para esta escala reportado por González-Ramírez, Rodríguez-Ayán y Landero (2013), de acuerdo al grupo de edad del paciente. Considerando lo anterior el puntaje de estrés bajó de un rango de estrés alto a un rango normal bajo en el postratamiento y durante el seguimiento los niveles de estrés se redujeron por debajo de los rangos normales que presenta la población. Por otra parte, de acuerdo al método ERES el paciente tuvo una reducción del estrés del 61%, y con un tamaño del efecto grande (3.6).

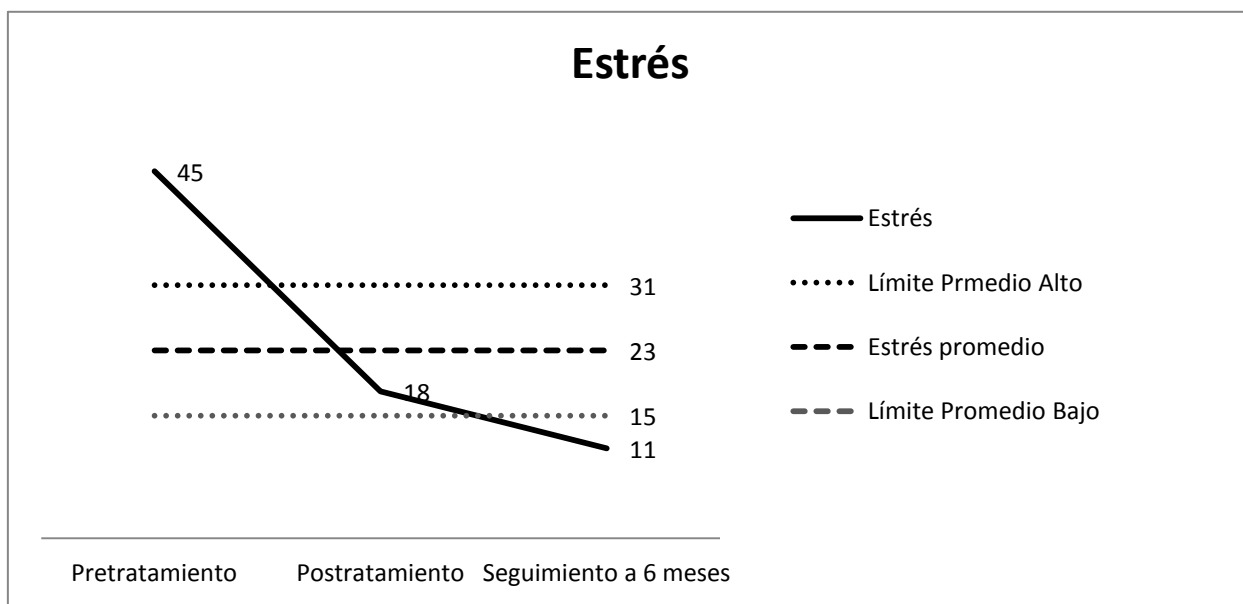


Fig. 2. Puntajes obtenidos en la escala de estrés percibido (PSS) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento a seis meses.

La escala de optimismo también refleja cambios importantes en el paciente, ya que el puntaje se vio incrementado de 13 puntos en el pretratamiento hasta 26 en el postratamiento (de un máximo de 30) y se mantiene en un nivel muy similar con 25 puntos durante el seguimiento a seis meses. En esta escala, no existe un punto de corte clínico, por lo que el análisis de mejoría se realizó utilizando el método ERES, donde se observa que el paciente presentó un porcentaje de mejoría de 30%, es decir un efecto grande (1.8).

Es importante señalar, que el paciente muestra un puntaje de 12 puntos de diferencia entre el pretratamiento y el seguimiento a seis meses, cuando solamente requería de 3 puntos para que su mejoría fuera clínicamente significativa.

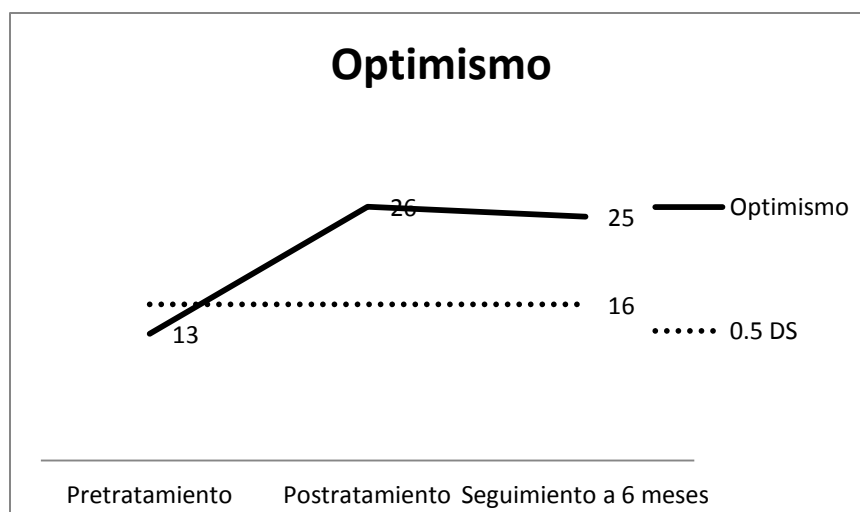


Fig. 3. Puntajes obtenidos en las escalas de optimismo. El incremento en los puntajes obtenido después del tratamiento, se mantienen en el seguimiento a seis meses.

Los resultados para la autoestima, muestran un comportamiento muy similar al del optimismo, donde también se obtuvo un incremento del puntaje obtenido en el pretratamiento de 21, a 39 puntos en el postratamiento y un puntaje de 40 en el seguimiento a 6 meses. En esta escala tampoco existe un punto de corte clínico, por lo que también se utilizó el método ERES para establecer el porcentaje de mejoría, que fue del 63% y el tamaño del efecto de 3.7, que corresponde a un efecto grande en la mejoría clínica del paciente.

En esta escala, el paciente alcanza el máximo puntaje de la prueba en la evaluación de seguimiento a 6 meses, esto corresponde a una diferencia de 19 puntos con respecto a la evaluación inicial. Si consideramos que el paciente solamente necesitaba aumentar 2 puntos en la escala, para que su mejoría fuera clínicamente significativa (.05), nos damos cuenta que su mejoría fue nueve veces más de la esperada.

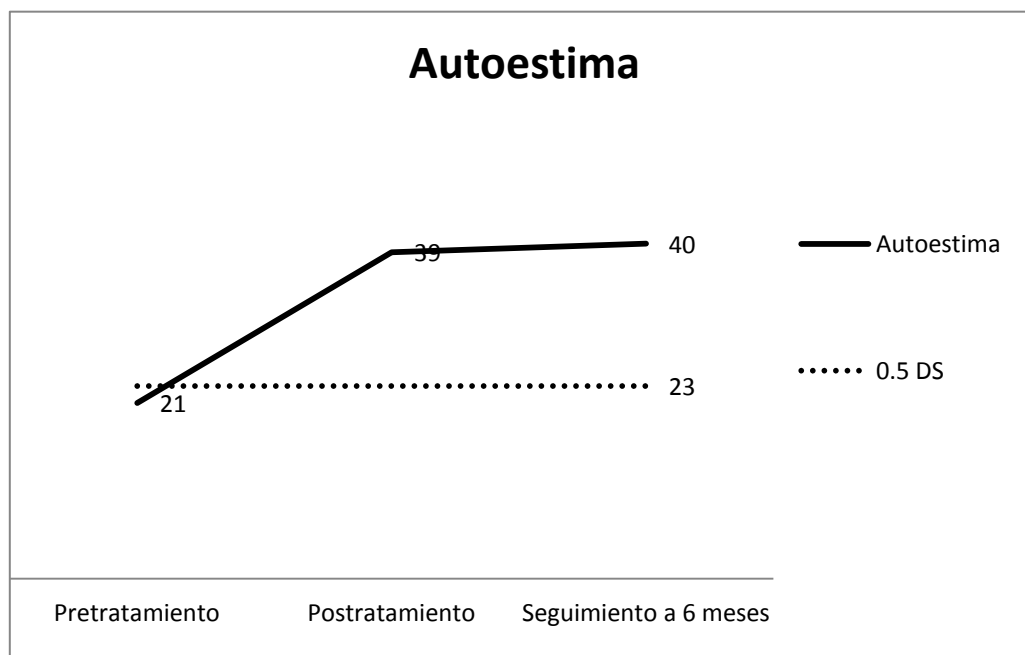


Fig. 4. Puntajes obtenidos en las escalas de autoestima. El incremento en los puntajes obtenido después del tratamiento es consistente en el seguimiento a seis meses.

Discusión

A nivel cualitativo, se obtuvieron resultados positivos después de las 12 sesiones de intervención terapéutica, el paciente se mostró satisfecho con los cambios positivos logrados, pudo trabajar satisfactoriamente el conflicto con su padre, reportó mejoras importantes a nivel laboral. Uno de los cambios más importantes que el paciente reporta es que al mejorar las relaciones de dependencia con su madre, pudo aumentar sus relaciones interpersonales, amplió su red social de amistades y pudo iniciar una relación con una persona del sexo femenino sin sentir estrés o ansiedad que este fue el cambio que más valoró de toda la terapia.

Se realizó una videoconferencia con el paciente después de 6 meses de terminado el tratamiento, el reporta cambios muy importantes en su vida: 1) renunció a su trabajo en la compañía telefónica; 2) cambió el lugar de residencia, el paciente actualmente vive en Estados Unidos; 3) Continúa con la relación sentimental que inició seis meses atrás; 4) Actualmente tiene un trabajo que le satisface, sin embargo, tiene el objetivo de iniciar su propio negocio.

Es importante mencionar que aunque el paciente no tuvo soporte terapéutico por 6 meses, no presentó retrocesos o recaídas durante ese período. De Shazer (1986), señala que si bien toda terapia inicia con un autorreporte de un motivo que llevó al paciente a acudir a recibir atención psicológica, un autorreporte después de 6 meses o un año sin la queja puede ser considerado como un indicador de éxito.

El objetivo principal del presente artículo fue demostrar la eficacia del uso de la hipnoterapia en un contexto de terapia breve centrada en soluciones, en el tratamiento de síntomas relacionados con el abuso sexual en la infancia.

Los resultados encontrados en este paciente, al usar hipnoterapia, son consistentes con los resultados encontrados en otros estudios, por ejemplo, en un meta-análisis realizado por Kirsch, Montgomery y Sapirstein (1995), donde analizan 18 estudios realizados en pacientes que recibieron tratamiento con terapia cognitiva y terapia cognitiva combinada con hipnoterapia, encontraron que los pacientes que recibieron hipnoterapia se beneficiaban más del 70% que los pacientes que reciben la terapia cognitivo conductual sin hipnoterapia.

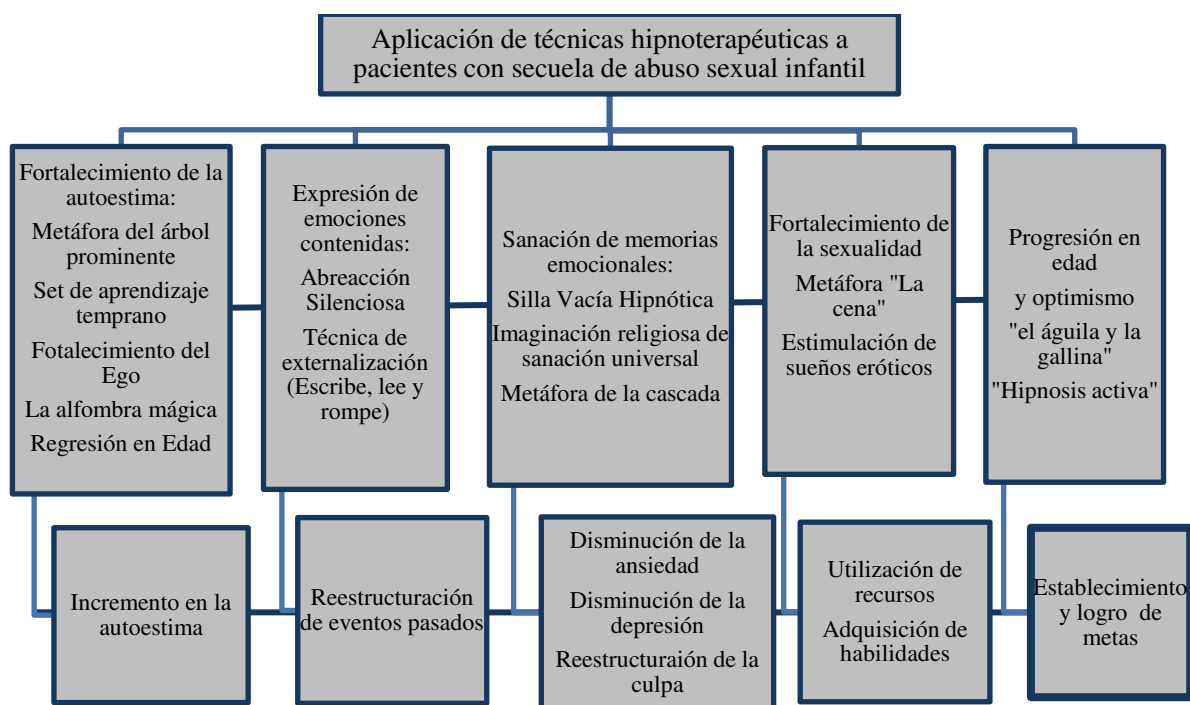
Los puntajes obtenidos en HADS, al inicio de la terapia se encontraban por arriba de los puntos de corte clínicos, siguiendo el criterio de Singer et al. (2009) donde señalan que el punto de corte para depresión es de 5, para ansiedad 7 y 13 puntos en el HADS total como medida de diestrés general. Después de la intervención terapéutica, los puntajes se sitúan por debajo de los puntos de corte clínico. Es decir, con una reducción casi total del diestrés general.

Conclusión

El uso de técnicas de hipnoterapia es altamente recomendable, ya que proporciona herramientas para favorecer el cambio, las mejorías más importantes para el paciente fueron que él pudo definir su identidad sexual, fue capaz de mejorar los sentimientos que tenía hacia su padre, así como manejar la ansiedad y eliminar la depresión. Estos cambios no solo se mantuvieron en el seguimiento a 6 meses, sino que se observó una mejora en la ansiedad y la autoestima, esto es importante para que el paciente pueda conseguir sus metas a futuro, en este caso, formar una familia.

La sesión donde se usó la técnica de Abreacción silenciosa, diseñada para pacientes que presentan resentimientos y enojo, fue una de las técnicas que más impacto tuvo en Pedro, ya que él reportó que evocaba fragmentos de la misma después de seis meses.

Para el tratamiento hipnoterapéutico de los síntomas por abuso sexual infantil, se puede recomendar el uso de las técnicas utilizadas en el presente estudio de caso, que incluyan fortalecimiento de la autoestima, técnicas para la expresión del rencor e ira contenida, técnicas para promover el perdón, sanar heridas emocionales y por último técnicas de progresión en edad, para que el paciente pueda verse a sí mismo en un futuro sin el problema.



Referencias

- Al Rubaie, T. (2004). The use of hypnotic dreaming in psychotherapy. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5(3), 2-8.
- Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapy for depression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 165-185.
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. P. A. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición revisada. Masson, Barcelona.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122-147.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 74-80.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones en Navarro Góngora, J., Fuertes, A. & Ugidos, T. (comps), *Intervención y Prevención en Salud Mental*, Salamanca: Amarú.
- Beyebach, M. (2006). 24 ideas para una psicoterapia breve. Barcelona: Herder
- Boff, L. (1998). El águila y la gallina. Una metáfora de la condición humana. Madrid: Trotta.
- Bradshaw, J. (1993). Nuestro niño interior. Emecé Editores.
- Burwell, R., & Chen, C. (2006). Applying the principles and techniques of solution-focused therapy to career counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 189-203.
- Cade, B. & O'Hanlon, W. (1995). Guía breve de terapia breve. España: Paidós.
- Cardena, E., Maldonado, J., Galdon, M. & Spiegel, D. (1999). La hipnosis y los trastornos posttraumáticos. *Anales de Psicología*, 15, 147-155.

- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Conoley, C., Conoley, J., McConnell, J. A. & Kimzey, C. (1983). The effect of the ABCs of Rational Emotive Therapy and the empty-chair technique of Gestalt Therapy on anger reduction. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(1), 112-117.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. & Van Der Kolk, B. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.
- De Shazer, S. (1995). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family process*, 25(2), 207-221.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology*, 19(2), 469-486.
- González, M. T. & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived Stress Scale (PPS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 201- 208.
- González-Ramírez, M. T., Rodríguez-Ayán, M. N., & Hernández, R. L. (2013). The Perceived Stress Scale (PSS): Normative Data and Factor Structure for a Large-Scale Sample in Mexico. *The Spanish journal of psychology*, 16, E47.
- Hammond, D.C. (1990). Hypnotic Suggestions and Metaphors. New York: Norton.
- Hawkins, P. J. (2006). *Hypnosis and stress: a guide for clinicians*. John Wiley & Sons, Ltd

- Kirsch, I., Montgomery, G & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an Adjunct to Cognitive Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214-220.
- Krakauer, S. Y. (2009). The Therapeutic Release of Anger: Helen Watkins's Silent Abreaction and Subsequent Elaborations of the Anger Rock. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(1), 47-63.
- López, J., López, M., Vargas, B. & Villamil, V. (2004). Estudio Doble Ciego con Antidepresivo, Psicoterapia Breve y Placebo en Pacientes con Depresión Leve a Moderada. *Salud Mental*, 27, 53-61.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (2004). Técnicas de Terapia Familiar. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- O'Hanlon, W. (1989). "Raíces Profundas. Principios básicos de la terapia y de la Hipnosis de Milton H. Erickson". Ed. Paidós, B. Aires.
- Organización Mundial de la Salud. (2014).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Orth, U., Robins, R. W. & Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: findings from three longitudinal studies. *Journal of personality and social psychology*, 97(2), 307-321.
- Orth, U. & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460.

- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J.A. & Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pereda, B. (2012). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Rodríguez Morejón, A. & Beyebach, M. (1994): Terapia sistémica breve. Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.): *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29, 29-37.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Singer, S., Quhnt, S., Gotze, H., Hauss, J., Liebmann, A., Kraub, O., Lehmann, A. & Schwarz, R. (2009). Hospital anxiety and depression scale cut off score for cancer patients in acute care. *British Journal of Cancer*, 100, 908-912.
- Sloan, J. A. & Dueck, A. (2004). Issues for statisticians in conducting analyses and translating results for quality of life end points in clinical trials. *Journal of biopharmaceutical statistics*, 14(1), 73-96.
- Stafrace, S. P. (2004). Self-esteem, hypnosis, and ego-enhancement. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(1), 1-35.
- Tejero, A., Guimerá, E.M. & Farré, J.M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.

- Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica: Un Punto de Vista Ericksoniano*. México: Trillas
- Torem, M.S. (1990). Ego-Strengthening, en Hammond (Ed.) *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York. Norton. Pp. 110-112.
- Turner, H. A., Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2010). The effects of adolescent victimization on self-concept and depressive symptoms. *Child Maltreatment*, 15, 76-90.
- Vázquez, A., Jiménez, R. & Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Wright, M.E. (1987). *The Clinical Practice of Hypnotherapy*. New York: Guilford.
- Yapko, M. D. (2003). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. (3rd ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Yapko, M. D. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: An overdue approach for encouraging skillful mood management. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 137-146.

Apéndice 1

Correo de confirmación de recibido

Revista Argentina de Clínica Psicológica

De: REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA <racp@aigle.org.ar>

Enviado: martes, 6 de enero de 2015 01:45 p. m.

Para: TERESA DE JESUS SANCHEZ JAUREGUI; TERESA DE JESUS SANCHEZ JAUREGUI

Asunto: REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA - Trabajo Recibido

Apreciado/a Sr/a. Teresa Sánchez:

Tengo el agrado de informarle que su trabajo '**Hipnoterapia y Terapia Breve Centrada en Soluciones Aplicada a Síntomas por Abuso Sexual infantil: Un Estudio de Caso**' por *Teresa Sánchez*¹ y *Arnoldo Téllez*² ha sido recibido para su evaluación y eventual publicación en la revista. Ni bien el trabajo sea remitido a un revisor, usted recibirá un código para realizar el seguimiento del mismo durante todo el proceso de evaluación.

Un cordial saludo,



Fernando García
Editor
